

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N° —

2

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 14 Novembre 1906, à 1 heure

PAR

Camille BARBÉ

DE LA

Sacro-Coxalgie chez l'Enfant

(ARTHRITE TUBERCULEUSE SACRO-ILIAQUE)

Président : M. SEGOND, professeur

Juges { MM. BRISSAUD, professeur
CLAUDE, agrégé
DUVAL, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUE

15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE
Professeurs		MM.
Anatomie.....		POIRIER
Physiologie.....		CH. RICHET
Physique médicale.....		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.....		GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL
		BRISAUD
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		SECON
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET
Thérapeutique.....		GILBERT
Hygiène.....		CHANTEMESSE
Médecine légale.....		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée.....		ROGER
		HAYEM
linique médicale.....	}	DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		GRANCHER
Maladies des enfants.....		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		LE DENTU
Clinique chirurgicale.....	}	TERRIER
		BERGER
		RECLUS
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ALBARRAN
Clinique d'accouchements.....	}	BUDIN
		PINARD
Clinique gynécologique.....		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SECOND

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hospice de la Salpêtrière
Officier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE BORDEAUX ET DE PARIS

MESSIEURS LES DOCTEURS

DURAN MONGOUR ET CASSAET
Médecins de l'Hôpital Saint-André

MONSIEUR LE PROFESSEUR ARNOZAN
Médecin de l'Hôpital Saint-André

MONSIEUR LE DOCTEUR POUSSON
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André

MONSIEUR LE DOCTEUR DUBOURG
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André.

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. ROBIN
Médecin de l'Hôpital Beaujon

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUSSADE
Médecin de l'Hôpital Tenon

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAIRE
Accoucheur à la Maternité de Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR BROCA
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA

Sacro-Coxalgie chez l'Enfant

(*Arthrite Tuberculeuse Sacro-Iliaque*).

AVANT-PROPOS

« La sacro-coxalgie est une affection peu connue. Elle n'a été l'objet que d'un petit nombre de travaux. Beaucoup semblent ne l'avoir jamais observée par eux-mêmes. » C'est ce qu'écrivait Delens dans sa thèse d'agrégation en 1872, et c'est encore vrai.

Nous en avons observé deux cas très nets dans le service de M. Broca à l'Hôpital des Enfants Malades, qui nous a prié de rechercher dans les différents services de chirurgie infantile des cas analogues. Nous n'avons pu que constater la rareté de cette affection.

Le nombre des observations que nous reproduisons n'est pas très considérable, il s'élève à une vingtaine, sur lesquelles plusieurs sont inédites.

C'est à l'aide de ces observations et des travaux qui ont traité la question chez l'adulte que nous avons fait l'étude surtout clinique de cette affection.

Avant d'aborder notre sujet, que M. le Dr Broca nous permette de lui adresser nos remerciements pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée pendant notre séjour dans son service.

Que M. le Dr Andrieux, ex-interne des hôpitaux de Paris et assistant de M. Broca, qui dans le cours d'exécution de ce travail a bien voulu nous guider de ses excellents conseils, reçoive nos biens sincères remerciements et soit assuré de notre reconnaissance.

Nous remercions également, M. le Dr Jalaguier, chirurgien de l'hôpital des Enfants Assistés, M. le Dr Rieffel, chirurgien de l'hôpital Trousseau, M. le Dr Felizet, chirurgien de l'hôpital Bretonneau pour l'accueil bienveillant que nous avons trouvé auprès d'eux, et les renseignements qu'ils ont bien voulu nous donner.

CHAPITRE I

Définition. — Nature

Notre but n'est pas de décrire, ni d'étudier les diverses affections qui ont pour siège l'articulation sacro-iliaque telles que les manifestations rhumatismales et blennorragiques, mais bien la localisation de la tuberculose à l'articulation du sacrum et de l'iléon, c'est-à-dire l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque.

Un semblable travail, très complet, a été déjà fait, en particulier par Naz, élève de Delbet. Mais il traite la question surtout chez l'adulte. Nous bornerons le nôtre à l'étude de la sacro-coxalgie chez l'enfant.

S'il nous arrive au cours de ce travail de parler de sacro-coxalgie sans qualificatif, c'est toujours] à la seule sacro-coxalgie tuberculeuse que] nous ferons allusion.

CHAPITRE II

Historique

Les auteurs qui eurent l'occasion de voir des arthrites sacro-iliaques chez l'enfant nous ont laissé quelques bonnes descriptions anatomo-pathologiques, quelques observations cliniques, mais aucun travail n'a été publié. D'ailleurs, avant ces dernières années, on ne séparait pas nettement l'arthrite fongueuse de la sacro-iliaque des autres affections douloureuses de cette articulation.

Cette affection a été surtout étudiée chez l'adulte, Delens y a consacré sa thèse d'agrégation. Naz en 1895 a écrit un historique complet de la question, auquel on pourra utilement se reporter.

Ces divers auteurs se bornent à dire que la sacro-coxalgie est très rare chez l'enfant. Giraldès n'en a pas observé dans son service à l'hôpital des Enfants. Simon Thomas de Leyde a vu deux bassins d'enfants de dix à douze ans présentant des altérations sacro-iliaques. Marjolin en a observé un cas. De même Hulke chez un enfant de huit ans et Oroly chez un

des organes et enlevant rapidement les malades. Il arrive assez fréquemment que le bacille colonise d'abord dans une articulation voisine et que de proche en proche par irradiations successives il attaque secondairement l'articulation sacro-iliaque.

Nous devons ici signaler la concomitance fréquente d'un mal de Pott lombo-sacré ou lombaire inférieur. Tantôt le rachis lombaire est le siège primitif du mal et alors la sacro-coxalgie complique le mal de Pott, comme nous en rapportons de nombreuses observations, tantôt le foyer initial réside dans les articulations coxo-fémorales, rarement dans une ostéite tuberculeuse du bassin, ou encore comme dans l'observation de Makins dans un mal de Pott cervical.

Faut-il en conclure que la sacro-coxalgie est toujours secondaire à une autre tuberculose ostéo-articulaire de voisinage, que jamais elle n'est primitive? Nous ne le croyons pas. Nos observations montrent que dans certains cas toutes les autres articulations sont libres, indemnes, et que l'état général des malades est des plus satisfaisants.

Le bacille tuberculeux après s'être introduit par une des portes d'entrée habituelle dans l'organisme, par la surface cutanée, par le système digestif et surtout pulmonaire, séjourne quelque part dans l'économie, généralement dans quelques ganglions lymphatiques. Emprisonné là, il peut, sous l'influence du processus de défense, rester toute sa vie non dangereux, immobile. Mais il peut aussi se disséminer

dans le sang, gagner par les vaisseaux sanguins et lymphatiques un point traumatisé, richement irrigué comme les aréoles spongieuses du sacrum. C'est un noyau tuberculeux qui grandit, reste plus ou moins latent, ou donne lieu à une arthrite suppurée.

Causes prédisposantes locales

Considérations anatomiques (1). — L'articulation sacro-iliaque est une articulation profondément cachée sous les masses musculaires, échappant ainsi aux traumatismes de moyenne intensité.

Les surfaces articulaires sont réunies par une capsule renforcée par des ligaments très puissants, surtout le sacro-iliaque postérieur, dont la partie profonde décrite sous le nom de ligament interosseux soude en quelque sorte les deux surfaces entre elles. La synoviale est très peu développée, ne jouit à l'état normal que d'une mobilité fort peu étendue, à peine appréciable.

L'articulation sacro-iliaque, malgré son peu de mobilité, fatigue beaucoup, puisqu'elle supporte tout le poids de la partie supérieure du corps.

Les divers os qui prennent part à la constitution du bassin sont des os spongieux.

Envisagé au point de vue de sa croissance, ce bassin nous présente à étudier deux catégories de carti-

1. Testut. *Anatomie*, t. I.

lages d'accroissement et de points épiphysaires. La première se compose des points d'ossification de la cavité cotyloïde. La soudure de ces pièces osseuses est en général terminée à la puberté. La deuxième comprend le cartilage d'accroissement qui entoure le rebord du bassin et qui pour ce motif est appelé cartilage marginal. Ce n'est qu'à partir de l'âge de seize ans que les points épiphysaires apparaissent dans ce cartilage périphérique et leur soudure n'est terminée qu'à vingt-cinq ans.

Au total il existe dans le bassin deux foyers d'activité osseuse. L'un occupe la région cotyloïdienne ou péricotyloïdienne et ne se manifeste que dans le jeune âge pour s'éteindre au moment de la puberté, l'autre siège sur le pourtour de l'os iliaque et ne se manifeste qu'après la puberté.

Cette disposition anatomique est intéressante à connaître parce qu'elle constitue pour l'ostéite tuberculeuse un terrain de prédilection : car on sait que les agents infectieux se localisent de préférence, dans les points où l'ossification est la plus active. Elle nous explique pourquoi l'arthrite coxo-fémorale ne s'observe que chez les enfants qui n'ont pas atteint encore l'âge de la puberté, et pourquoi au contraire les ostéites marginales, l'arthrite sacro-iliaque s'observent de préférence après la puberté chez les adolescents de vingt à trente ans.

Elle nous explique pourquoi l'arthrite sacro-iliaque est excessivement rare chez l'enfant. Et cela concorde avec nos recherches, puisque dans la littérature

médicale nous n'avons pu trouver que quelques observations nettement probantes, puisqu'il est des services de chirurgie infantile où pendant plusieurs années on n'a pas observé un seul cas de sacro-coxalgie.

Traumatisme. — De tous temps, on a attribué aux traumatismes des articulations un rôle d'ailleurs assez mal déterminé, sur la production des tumeurs blanches, sur la tuberculisation des articulations. Si l'on veut savoir quelle a pu être la part d'un trauma, dans la genèse et l'évolution d'une lésion, on se heurte souvent à de grosses difficultés : car, comme le dit M. Broca, « un coup, une chute, sont aux yeux des parents une explication très commode ».

Nous n'insisterons pas sur les nombreuses expériences faites chez l'animal pour savoir si le traumatisme est producteur, révélateur, aggravateur d'une ostéo-arthrite tuberculeuse. Nous nous en rapportons aux enseignements fournis par la clinique, qui nous apprend que le traumatisme peut, au point frappé, déterminer l'éclosion d'une localisation tuberculeuse, dont l'avenir est très variable. « Parfois la lésion à peine éclosée s'arrête, rétrocede et guérit, sans avoir jamais laissé soupçonner son existence. Ou bien encore, elle demeure totalement latente ou méconnue, jusqu'au jour où une cause imprévue, lésion inflammatoire, traumatisme, viennent en réveiller l'activité et en révéler l'existence. » (Mosny).

De fait, nous trouvons dans quelques observations le traumatisme mentionné au début d'une sacro-

coxalgie. Mais on ne précise pas ni la date, ni la nature, ni l'intensité, ni même le point d'attaque, il ne nous est guère possible de lui attribuer une grande valeur.

Fréquence. — Nous avons parcouru les différents services de clinique infantile des hôpitaux de Paris, recueilli l'opinion des chefs de service, de ceux qui sont chargés des consultations ; malgré cela, nous n'avons pu nous faire une idée exacte de la fréquence de la sacro-coxalgie. C'est que beaucoup d'observations ne sont pas prises ; ou bien les diagnostics sont hésitants et les malades ne revenant pas, ils ne sont pas confirmés.

Après nos recherches, notre impression, après celle des différents maîtres que nous avons consultés, est que la sacro-coxalgie chez l'enfant est très rare, beaucoup plus rare que chez l'adulte, et que chez l'enfant elle vient bien loin derrière le mal de Pott, la coxalgie, la tuberculose du genou et celle des articulations.

Au point de vue du sexe, nous avons pu réunir dix-sept observations de garçons et trois de filles : Nous ne voulons en tirer aucune conclusion.

Les formes douloureuses, frustes, se verraient plutôt chez les enfants ayant dépassé l'âge de dix ans, tandis que les formes à suppurations abondantes, avec concomitance du mal de Pott, s'observeraient chez les tout jeunes, vers l'âge de trois à cinq ans.

Causes prédisposantes générales

Nous n'avons donc que des connaissances fort vagues sur les circonstances qui favorisent plus spécialement la localisation sacro-iliaque de la tuberculose.

Chez l'enfant nous ne pouvons tenir grand compte des fatigues, des marches trop longues, des stations trop prolongées.

Il faut surtout incriminer les causes habituelles qui prédisposent à la tuberculose quel que soit son siège, c'est-à-dire, la débilitation, la fatigue, la nourriture insuffisante, une mauvaise hygiène, l'existence antérieure d'autres manifestations de même nature, adénite tuberculeuse, abcès froids, ostéites et arthrites tuberculeuses, tout ce cortège en un mot qu'autrefois on attribuait à la scrofule.

CHAPITRE IV

Anatomie Pathologique

La tuberculose sacro-iliaque se montre dans deux conditions différentes : 1° Elle accompagne le plus souvent le mal de Pott lombo-sacré dont elle n'est qu'une complication, ou un mal de Pott cervical comme dans l'observation de Makins ; 2° Elle est primitive, et ici nous croyons devoir étudier deux formes : celle où les foyers tuberculeux, ayant pris naissance sur la portion articulaire de l'os iliaque et du sacrum, s'accompagnent d'abcès, de suppurations de fistules ; et une forme sèche sur laquelle nous ne possédons pas de détails anatomiques bien nets.

Forme secondaire. — Dans le mal de Pott lombo-sacré, les altérations ont une marche envahissante. Que leur siège primitif soit, la base ou le siège du sacrum, elles s'étendent en général au delà de ces limites : nous rapportons plusieurs observations où la face antérieure du sacrum était dénudée et en contact direct avec un abcès. Il se produit des foyers profonds tuberculeux, des cavernes à contenu

caséeux, des ulcérations superficielles recouvertes de fongosités.

L'articulation sacro-iliaque ne tarde pas à être menacée et envahie. De plus un ou plusieurs orifices fistuleux se voient au niveau ou à quelque distance de l'articulation malade. La peau est rouge, amincie, ulcérée, soulevée par les fongosités. Et avec cela, une émaciation générale du corps, une atrophie extrême des masses musculaires, des poumons présentant des lésions tuberculeuses.

Ce sont comme l'on voit des lésions banales de tuberculeux arrivés à la dernière période. La tuberculose sacro-iliaque dans ces cas n'est qu'une complication, les phénomènes cliniques ont très peu attiré l'attention, c'est une surprise d'autopsie.

Forme primitive. — Période de début. — Nous savons peu de chose sur les altérations initiales, aucune autopsie, aucune opération n'ayant été pratiquée à cette période.

Il est probable que les lésions osseuses sont les premières en date, bien que les formes légères observées par Sayre puissent faire penser à une origine primitivement synoviale. Les foyers apparaissent sur l'aile du sacrum ou sur la partie postérieure de l'os iliaque ; en se développant ensuite ils envahissent l'articulation. L'infection tuberculeuse n'est donc pas primitivement articulaire. Il en est de la tuberculose sacro-iliaque comme du mal de Pott, comme de l'arthrite coxo-fémorale ; c'est une affection primitivement osseuse. L'arthrite est consécutive.

Période d'état. — Comme dans les autres tuberculeuses articulaires, les os, cartilages, synoviale, ligaments, tissus voisins, vaisseaux et nerfs, à cette période sont atteints.

Os. — Le tissu spongieux, mou, friable se creuse de cavités multiples, véritables cavernules. En certains points les séquestres se forment, séquestres multiples, libres, correspondant à la partie postérieure de l'iléon comme dans l'observation de Makins. Séquestres plus ou moins gros, fragments d'os voisins que l'on trouve signalés dans toutes les observations où a été pratiquée une opération.

Du côté du sacrum on rencontre une ou plusieurs excavations profondes remplies de fongosités. La face antérieure est souvent dépouillée de son périoste, quelquefois les foyers tuberculeux occupent l'épaisseur de l'os.

Cartilage. — Le revêtement cartilagineux ne tarde pas à être atteint par sa face profonde et lorsqu'on pratique l'examen soit à l'autopsie, soit pendant l'opération, on n'en trouve plus trace ; ou bien ce ne sont plus que des lambeaux décollés qui macèrent dans le liquide de suppuration.

Ligaments. — Les ligaments articulaires sont altérés à un degré variable. Les antérieurs, peu épais, disparaissent souvent avec le périoste.

Le ligament interosseux qui soude en quelque sorte les deux surfaces articulaires l'une à l'autre n'est le plus souvent que partiellement altéré. Aussi les deux os restent-ils d'habitude suffisamment unis,

pour qu'il n'y ait aucun mouvement anormal, néanmoins il est certain que les ligaments se laissent infiltrer et perdent de leur force. Dans l'observation de Tilling, malgré de grands désordres, soit pathologiques, soit opératoires, le ligament iléo-lombaire et le sacro-sciatique antérieur avaient conservé presque leur action. Lannelongue dit avoir vu une mobilité assez grande exister entre les deux surfaces articulaires, l'os iliaque était dans ce cas plus proéminent et plus élevé de telle sorte qu'il y avait une luxation incomplète de l'os iliaque en arrière et en haut.

Les dispositions anatomiques de cette articulation très serrée font que les fongosités sont mécaniquement repoussées, et les lésions sont plutôt péri-articulaires qu'articulaires.

Nerfs. — Les nerfs au contact des fongosités finissent par en être pénétrés, leurs fibres sont dissociées.

Les branches d'origine du plexus sacré au niveau des trous de conjugaison et le nerf sciatique à sa sortie sont souvent englobés dans des masses de fongosités. Il arrive qu'en traversant la cavité d'un abcès froid, ces nerfs subissent au moins superficiellement les altérations de névrite interstitielle.

Les branches d'origine du sciatique traversent le sacrum. Il est aisé de comprendre comment la névralgie sciatique devient souvent un des phénomènes prémonitoires de la sacro-coxalgie. La lésion étant latente, cachée au sein de l'épiphyse sacrée, peut être même le seul symptôme subjectif ou objectif.

Le tronc sciatique peut être lui-même comprimé soit par une collection, soit par un abcès ossifluent à évolution fessière, ainsi que les vaisseaux et les muscles.

Les ganglions lombaires sont souvent gonflés, jaunâtres, quelques-uns même contiennent de petits foyers caséux.

Les muscles fessier, pyramidal, psoas iliaque se laissent infiltrer par les végétations tuberculeuses. Finalement ils s'atrophient et subissent la dégénérescence graisseuse.

Période de terminaison

Le mode de terminaison que nous avons rencontré le plus souvent dans nos observations c'est l'abcès ; c'est celui de la plupart des tuberculoses articulaires mal soignées ou soignées trop tardivement.

Les prolongements du foyer tuberculeux, qui donnent naissance aux abcès froids, peuvent se produire dans toutes les directions imaginables. On peut distinguer : 1° les abcès intra-pelviens, 2° les abcès extra-pelviens.

1° *Abcès intra-pelviens ou antérieurs.* — Suivant qu'ils naissent au-dessus ou au-dessous du détroit supérieur du bassin, ils se développent dans l'épaisseur du psoas ou dans la cavité pelvienne proprement dite. Les abcès de la gaine du psoas ont une grande ressemblance avec ceux qui naissent des

côtés de la colonne lombaire dans le mal de Pott. Cependant ceux qui viennent du foyer sacro-iliaque présentent quelques particularités à noter. Ainsi au lieu de se diriger exclusivement vers l'aine, ils remontent quelquefois dans l'épaisseur du psoas vers la colonne lombaire. Leur trajet dans le pli de l'aine, leur passage sous l'arcade crurale et leur apparition dans le triangle de Scarpa, ou plus en dedans, vers le petit trochanter, sont les mêmes que ceux des abcès tuberculeux d'origine vertébrale. Plus exceptionnellement, comme dans le cas de Demons, chez l'adulte l'abcès, né manifestement du foyer sacro-iliaque et développé dans l'épaisseur du psoas, descend à la face postérieure de ce muscle jusqu'à la bourse séreuse qui sépare son tendon de la capsule coxo-fémorale. Lannelongue rapporte une observation identique dans laquelle les fongosités tuberculeuses avaient envahi la synoviale de la hanche et déterminé un abcès froid intra-articulaire sans lésions des os. Nous publions à la fin de ce travail une observation de Dubreuil dans laquelle le pus, parti de l'articulation sacro-iliaque, a déterminé une arthrite purulente coxo-fémorale.

Les abcès pelviens proprement dits, d'origine sacro-iliaque, prennent leur origine les uns en dedans sur la face antérieure du sacrum, les autres en dehors au niveau de la grande échancrure sciatique. Les premiers se logent dans la concavité du sacrum, formant une poche, une cavité purulente, qui se prolonge parfois, comme dans l'observation de Til-

ling, vers la symphyse sacro-iliaque du côté opposé. Les autres suivent volontiers le trajet des nerfs sciatiques. Ils sortent du bassin et forment une collection dans la fesse, où ils descendent vers la face postérieure de la cuisse.

Les collections antérieures peuvent envahir le tissu cellulaire qui entoure le rectum, traverser le plancher périnéal pour apparaître dans la fosse ischio-rectale, ou faire saillie sur la partie postérieure ou latérale du périnée ou bien encore s'ouvrir plus ou moins haut dans la cavité rectale. L'ouverture des abcès froids pelviens dans le rectum est très rare. Les parois rectales leur résistent et au lieu de les ulcérer, les abcès vont faire saillie autour de l'anus, après avoir perforé le releveur. Nous en publions une observation très détaillée, à propos de laquelle M. Dupont vient de publier un article très intéressant dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (juin 1906).

Abcès extra-pelviens ou postérieurs

Ceux qui naissent à la partie supérieure du foyer, vers l'épine iliaque postérieure et supérieure se développent dans la masse musculaire sacro-lombaire. Parmi ceux qui ont leur origine plus bas, les uns se portent directement en arrière en traversant les insertions supérieures du grand fessier et apparaissent à la face postérieure du sacrum : les autres perforent quelquefois le grand fessier et se montrent sous la

peau de la fesse ; mais la plupart suivent le trajet du grand nerf sciatique, et viennent faire saillie à la face postérieure de la cuisse, en haut au niveau du pli fessier, à sa partie moyenne et même plus bas. La caractéristique de ces abcès extra-pelviens est, comme le dit Duplay, « qu'ils présentent généralement deux foyers, un superficiel, sous-cutané, l'autre profond ou sous-musculaire, communiquant ensemble à travers les mailles éraillées ou en partie détruites du grand fessier, au niveau de ses attaches à la partie postérieure de la crête iliaque ». Notion importante au point de vue opératoire ; c'est pourquoi les injections d'éther iodoformé, le curage, le grattage, ne s'adressant qu'aux abcès superficiels le plus souvent sont inefficaces, la suppuration continue, et les fistules s'organisent, persistent.

Forme sèche

Il est certain qu'il y a des formes qui s'accompagnent moins souvent d'abcès que les autres, qui sont primitives, non consécutives à des maux de Pott. Ce sont des formes sèches que très probablement Sayre a rencontrées avec une fréquence que nous n'avons pu constater dans les différents services de chirurgie infantile, formes qu'il a prises au début, traitées et guéries par des traitements non sanglants. C'est même cette bénignité qui a fait naître les doutes dans l'esprit de certains, au point de vue du diagnostic de la nature de cette affection.

Cette forme que nous retrouvons nettement dans quatre de nos observations, est-ce la période de début de l'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque, est-ce une forme particulièrement bénigne de cette affection, aboutissant plus souvent à la guérison soit par ankylose, soit par résorption pure et simple des foyers ?

Au point de vue anatomo-pathologique nous ne possédons aucun détail. Les auteurs notent une tuméfaction allongée dessinant l'interligne articulaire (Charon), un empatement (Broca).

Ce sont des formes qui se traduisent surtout par des phénomènes douloureux, par conséquent par des lésions, des troubles du côté du sciatique.

Delbet et Naz ont décrit des formes ostéophytiques et partielles, et Bird a pu dire que « la grande étendue de l'articulation et le faible développement de la synoviale font qu'une partie de l'articulation ou des ligaments peut être lésée, alors que pendant longtemps le reste de la symphyse reste sain ».

Dans notre observation personnelle, s'agit-il, comme le veut Delbet, d'une arthrite sacro-iliaque partielle et partielle inférieure, la douleur était nettement inférieure et très aiguë, tandis qu'elle était diffuse sur le reste de l'interligne ? C'est fort probable. Il se peut qu'en une certaine zone de l'articulation un travail s'accomplisse, comme pour circonscrire la lésion. C'est là que se développent surtout ces ostéophytes s'étendant du sacrum à l'os iliaque, les soudant l'un à l'autre par une sorte de gaine

osseuse. Ces ostéophytes témoignent d'une tentative de guérison faite par le sujet lui-même, c'est une marche vers l'ankylose.

Chez l'adulte on a pu observer, que sous l'influence de l'irritation inflammatoire provoquée par les lésions tuberculeuses, il se produit souvent de l'os nouveau sur les bords de l'articulation. Les couches osseuses nouvelles, réparties d'une manière indépendante sur le sacrum et sur l'os iliaque, constituent une hyperostose régulière, à surface lisse, répandue en large couche à la surface de l'os ancien, pouvant atteindre d'assez fortes proportions pour combler en grande partie la fosse iliaque interne ou la concavité du sacrum. Nous ne croyons pas que chez l'enfant il en soit ainsi. Les deux bassins de Simon Thomas de Leyde rapportés par Delens montrent qu'il n'y a pas formation d'os nouveau, d'ostéophytes. La symphyse sacro-iliaque ne présente plus de cartilage, l'os iliaque est carié et offre une cavité où pénètre l'aile du sacrum. Il existe une soudure des os plus ou moins complète résultant de l'arrêt de développement d'un foyer tuberculeux, donnant lieu à une déformation, très importante au point de vue obstétrical. C'est soit le bassin oblique ovalaire de Nœgele si l'arrêt a porté sur une seule symphyse, soit le bassin de Robert si l'arrêt a porté sur les deux symphyses.

CHAPITRE V

Symptomatologie

La tuberculose sacro-iliaque est une affection qui se présente à nous sous des modalités cliniques différentes.

Tantôt ce n'est qu'une forme de tuberculoses multiples, à suppurations abondantes, compliquant le plus souvent un mal de Pott inférieur. Elle peut passer inaperçue, ne dominant pas suffisamment la scène clinique pour qu'on y attache d'importance. C'est l'autopsie qui révèle son existence, et l'étendue des lésions. Tantôt c'est une forme primitive, qui peut rester fort longtemps isolée, et évoluer pour son propre compte, soit vers l'ankylose, soit vers la suppuration.

C'est cette dernière surtout qui nous intéresse et que nous décrirons.

Périodes des douleurs et des troubles fonctionnels

Le début de la sacrocoxalgie, comme celui de la coxalgie, est lent et insidieux. Le premier phénomène pathologique qui se montre est la douleur. Le malade se plaint tout d'abord d'une sensation de gêne, plus

souvent d'une véritable douleur qu'il rapporte à la partie postérieure et supérieure de la cuisse. Cette douleur augmente par les mouvements, par la marche, par la station debout. Elle est plus vive le soir ; le repos au début la calme. Mais parfois la nuit elle reparait. Les parents attribuent ces phénomènes au rhumatisme, à la croissance et l'affection est mal traitée.

Mais bientôt la douleur devient continue, les moindres mouvements la réveillent constamment. Douleur spontanée, irradiée qui fait dire aux petits malades, quand on les interroge, qu'ils souffrent de la hanche, de la fesse, sans localisation précise, incitant à faire des erreurs de diagnostic, d'autant plus que souvent ces malades se plaignent de vives douleurs au genou.

En portant les doigts successivement sur les différentes parties de la hanche, on trouve que la douleur à la pression est nulle sur la tête en avant, et en arrière sur le grand trochanter, mais qu'elle devient perceptible sur la fesse, à mesure que l'on s'avance sur le sacrum. Quelquefois il faut arriver exactement sur l'articulation, et l'on peut ainsi déterminer les parties malades, savoir si l'articulation tout entière est prise ou si une portion seulement réagit au processus tuberculeux. Son maximum a un siège, correspondant aux lésions les plus avancées.

Il est bon de compléter cette exploration par le toucher rectal, qui éveille aussi la douleur vers la partie postérieure et latérale du bassin.

Les mouvements qu'on imprime au membre infé-

rieur et particulièrement à la hanche, peuvent ne pas être douloureux. L'abduction du membre malade ne peut être obtenue complètement sans provoquer une vive douleur. Lorsque le chirurgien saisit les deux crêtes iliaques et tente de les rapprocher ou de les écarter, le malade se plaint ordinairement de souffrir au niveau de l'articulation malade. Chez l'enfant ce signe est très réel en raison de la mobilité, de la flexibilité des articulations, ce qui permet plus aisément la transmission des mouvements.

Contracture et tuméfaction. — La période douloureuse est plus ou moins longue et précède en général tout gonflement. Cependant chez quelques malades on remarque à une période très rapprochée du début une déformation légère de la région avec un certain gonflement apparent, dû à la contracture légère des muscles voisins, masse sacro-lombaire et muscles fessiers. Ces muscles sont plus tendus et font un léger relief. Plus tardivement l'examen de la région fait découvrir un peu d'empâtement, au niveau de l'épine iliaque postérieure et supérieure. Parfois sur la fesse malade se voit une tuméfaction allongée, dessinant l'interligne sacro-iliaque. Mais l'expansion peut se faire aussi dans le sens transversal, remonter vers la région lombaire. L'empâtement est parfois plus facile à déceler ; la fesse est aplatie, les reliefs musculaires sont moindres que du côté opposé ; l'atrophie apparaît ici comme un signe précoce, selon la règle des ostéo-arthrites tuberculeuses.

Claudication. — La claudication est un signe de

début, car elle apparaît en même temps que la douleur spontanée. Elle est intense le plus souvent et assez spéciale. Chaque fois que le malade appuie sur le sol, le membre inférieur malade, son tronc s'incline profondément en avant, en sorte qu'il y a comme un mouvement de salutation. Cette « claudication salutante », comme l'appelle M. Broca, ne rappelle en rien le pas escamoté sur le membre malade de la coxalgie : cela ressemble plutôt au plongeon de la luxation congénitale, moins l'inclinaison latérale du tronc, la projection de l'épaule en arrière et du ventre en avant.

Parfois, comme dans l'observation de Charon, on voit que dans la marche, le membre sain plus allongé que l'autre est à chaque pas porté en avant, en décrivant un arc de cercle. L'enfant boite et l'ensemble de la marche est dandinante.

L'intensité des douleurs peut être telle que le malade refuse de faire plus de quelques pas. Il peut ne pas présenter alors le phénomène de la claudication salutante : celui-ci est masqué par la névralgie sciatique qui donne à ce moment toute la scène clinique. Mais nous le voyons apparaître très nettement comme dans notre observation, après un repos prolongé et persister même quand la marche n'est plus ni douloureuse, ni fatigante.

Debout au repos le patient se tient dans une attitude hanchée ; du côté sain, le membre malade, en légère abduction, se fléchit au niveau de la hanche et du genou : la hanche de ce côté est abaissée.

Attitudes vicieuses. — L'examen du malade dans le décubitus dorsal révèle tout d'abord une attitude assez comparable à celle de la coxalgie. Le membre du côté affecté paraît plus long, la malléole descend au-dessous de celle du côté opposé. Il est en abduction, rotation externe et flexion. La mensuration de l'épine iliaque aux malléoles donne le même résultat des deux côtés. L'allongement est donc apparent et tient uniquement à une inclinaison du bassin et un abaissement de l'os iliaque malade.

On peut voir l'inverse (observation de Charon). Le membre malade semble plus court que l'autre, il est légèrement fléchi sur le bassin en adduction, avec ensellure dans la position allongée. Ce qui peut s'expliquer par la contracture réflexe des muscles péri-articulaires immobilisant l'articulation coxo-fémorale ; or celle-ci est indemne, le raccourcissement n'est qu'apparent, seule existe l'élévation de l'épine iliaque du côté malade.

Plusieurs auteurs ont invoqué, pour expliquer le changement de longueur du membre, un déplacement de l'os iliaque sur le sacrum dans l'articulation sacro-iliaque. Pour Sayre l'allongement est réel : il est dû au glissement de l'os iliaque en bas. Aucun fait anatomique ne vient à l'appui de ces théories. Les deux os sont trop intimement adhérents, à l'aide du ligament interosseux pour qu'aucun glissement ni basculement ne soit possible. Or l'élévation et l'abaissement du membre est un symptôme que l'on observe de bonne heure. L'os iliaque ne peut chan-

ger de position, s'abaisser ou s'élever que par des mouvements d'ensemble. Si donc le membre inférieur du côté malade paraît plus long ou plus court, c'est uniquement parce que le bassin s'est incliné de ce côté, en tournant autour de son axe antéro-postérieur.

Dans le décubitus dorsal, spontanément l'enfant se couche sur le dos, ou sur le côté sain. Cependant chez notre malade que nous avons suivi longuement nous ne l'avons pas observé, et nous le surprenions toujours couché sur le ventre, le décubitus dorsal était très vite douloureux.

Au point de vue de l'empâtement et de l'adénopathie dans le pli de l'aîne, ces symptômes sont nuls. C'est dans la fosse iliaque interne que l'on trouve le plus souvent des ganglions.

Enfin, on ne note pas seulement l'atrophie des muscles fessiers mais aussi celle des muscles des régions fémorale et tibiale. Elle peut être même très marquée.

Périodes des abcès

Les phénomènes précédents : douleurs, gonflements, troubles fonctionnels, attitudes vicieuses, procèdent avec lenteur. Ils présentent des alternatives de recrudescence provoquées par la marche, et d'amélioration produite par le repos : mais l'affection, à part sa ténacité et ses retours persistants, peut

conserver des caractères de bénignité, surtout si le sujet est assez vigoureux, ne présente aucune autre tare.

Mais la situation ne tarde pas à s'aggraver. La tuméfaction a grandi en même temps qu'elle s'est progressivement ramollie, c'est un abcès froid. Les abcès qui constituent la plus commune de ces complications surviennent tardivement, en général après une période de début de plusieurs mois. Ils sont plus ou moins évidents selon leur siège. Lorsqu'ils doivent se former en arrière, la région présente un empâtement et un gonflement qui avaient passé inaperçus jusqu'ici. Les fongosités envahissent les parties profondes, soulèvent les ligaments et les muscles. La tuméfaction se dessine de plus en plus, présentant plus tard une fluctuation manifeste.

La collection peut occuper la région articulaire proprement dite, mais il arrive aussi que, rencontrant des résistances dans sa marche en avant, en arrière elle se montre assez loin de là, sans qu'on puisse toujours trouver en clinique la continuité existant avec le foyer ostéo-articulaire.

La douleur dont la diminution avait pu être constatée dans certains cas, dès les phases précédentes, cesse parfois complètement. L'abcès se développe sans bruit, sans réaction fébrile, et est découvert inopinément. A ce moment on peut éprouver un assez grand embarras pour reconnaître l'origine de l'abcès, c'est-à-dire l'affection articulaire elle-même.

La recherche des abcès antérieurs dans la fosse

iliaque et le petit bassin est assez délicate. Ils ne sont révélés que par une circonstance fortuite, qui attire l'attention de ce côté. Ce sera le toucher rectal, l'exploration de la fosse iliaque interne qui les feront découvrir. Parfois la tumeur se montrera au périnée, dans la fesse, à la face postérieure de la cuisse, dans le triangle de Scarpa ; leurs trajets sont les mêmes que ceux des abcès tuberculeux, d'origine vertébrale. Le diagnostic n'en sera pas facile : on ne devra jamais négliger l'exploration avec soin de l'articulation sacro-iliaque, même quand aucun symptôme ne permet d'y penser.

Dans les diverses circonstances au milieu desquelles apparaissent les abcès, on observe que les malades, qui ne suivent pas un traitement rigoureux, qui sont de constitution particulièrement chétive, suppurant malgré tous les soins, présentent quelquefois une réaction fébrile assez forte, accompagnée de poussées douloureuses. Lannelongue a vu des sujets éprouver pendant plusieurs jours des douleurs avec de la fièvre ; ils ne pouvaient se coucher sur le côté malade. Au point de vue de la formation des collections ces poussées ne sont certainement qu'une coïncidence, puisque les abcès tuberculeux évoluent sourdement, mais elles indiquent un travail d'ostéoarthrite aiguë véritablement inflammatoire, qui coïncide avec la formation des séquestres, avec des destructions articulaires nouvelles.

La marche et la terminaison de ces abcès présentent peu de particularités empruntées à la région.

S'ils se développent à l'extérieur, ils deviennent de plus en plus superficiels, soulèvent la peau, l'aminçissent et enfin souvent s'ouvrent spontanément. A la suite de cette communication avec l'air extérieur, il survient des phénomènes septicémiques plus ou moins graves, pouvant menacer la vie des malades. Ou bien la cavité se rétrécit, et se réduit à une fistule qui persiste indéfiniment, jusqu'à la guérison du foyer d'origine. Cette terminaison n'est nullement fatale, on sait que les abcès froids même volumineux peuvent se résorber, surtout chez les enfants, lorsque la santé générale s'est maintenue bonne. Plusieurs abcès peuvent se former en même temps ou successivement. Les abcès du petit bassin percent quelquefois le rectum : plus souvent ils descendent jusqu'au périnée, pour faire saillie sur les côtés de l'anus. Après leur ouverture dans cette région, il persiste une fistule anale, dont il importe de savoir reconnaître la nature spécifique et l'origine sacro-coxalgique. L'ouverture rectale des abcès froids pelviens est très rare, et Dupont, à propos de l'observation que nous rapportons, qui a recherché des cas analogues, ne trouve le fait signalé que dans une observation de Joyeux et une autre de Delorme. Ménard ne l'a jamais observé. Quant aux fistules anales ou périanales, Dupont (1) en a observé un cas, chez une fillette, dans le service de M. Broca,

1. Dupont. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (juin 1906).

à la suite de l'ouverture d'un abcès ischio-rectal ; la fistule était située à 3 centimètres en dehors de l'anus près de l'ischion.

Foyers secondaires. — Après l'étude de la manifestation locale il reste à examiner si l'organisme n'a pas subi d'autres atteintes.

Rarement l'affection locale deviendra le point de départ d'un foyer secondaire éloigné, même d'une généralisation. Les malades succombent alors à une tuberculose pulmonaire, à une péritonite tuberculeuse, à une tuberculose intestinale.

Le plus souvent c'est l'articulation sacro-lombaire qui participe au processus avec raideur du tronc, difficulté à se baisser. Dans ces cas un problème se pose, qu'il n'est pas facile de résoudre, surtout si les parents ne se sont aperçus de rien. Quels ont été les premiers en dates, des phénomènes rachidiens et des phénomènes sacro-coxalgiques ?

Dans une de nos observations la douleur à la partie supérieure de la cuisse et la claudication avaient été précédées des phénomènes pottiques. Quand on se trouve en présence de cette association « il est de règle, dit M. Broca, que l'origine soit au rachis, avec descente secondaire vers la symphyse sacro-iliaque ». L'envahissement est assez tardif en général. De plus il importe de savoir que les lésions du haut du sacrum, avec atteinte de la dernière lombaire, sont de pronostic assez sévère, la suppuration y est fréquente et volontiers grave.

Forme fruste. — Nous avons vu, en traitant des

formes anatomo-pathologiques, que, dans cette symphyse, les lésions ont parfois tendance à ne pas trop s'étendre autour du point initial, et cela d'autant plus que celui-ci est plus inférieur. L'articulation est cloisonnée, l'arthrite reste partielle.

Ce sont des formes atténuées, frustes, ne se traduisant guère que par une sciatique persistante, rebelle à tous les traitements sauf le repos prolongé, que l'on rapporte le plus souvent à toute autre chose qu'à l'arthrite sacro-iliaque. Elle est due à l'irritation du nerf sciatique et de ses racines au voisinage du foyer d'ostéo-arthrite. C'est une sciatique symptomatique, du même ordre que les pseudo-névralgies du mal de Pott. Et l'on sait que l'on doit toujours se méfier des névralgies chez l'enfant, avec quelle fréquence elles relèvent d'une tuberculose vertébrale. La sciatique unilatérale en particulier doit toujours être suspecte, inciter à explorer avec soin l'articulation sacro-iliaque, comme la sciatique bilatérale doit faire soupçonner un mal de Pott (Broca).

Ces formes s'accompagnent le plus souvent d'abcès lombo-fessier ayant une direction transversale. Nous ne l'avons pas observé chez notre malade. Il est vrai que la tuméfaction apparaît tardivement, et à ce moment, la douleur en tant que spontanée ou irradiée n'existe plus, c'est à peine si on peut la déceler par la pression. La contracture, la claudication, l'impotence fonctionnelle, pourtant si marquées à

la première période, elles-mêmes viennent à disparaître.

C'est pourquoi l'on est souvent obligé de faire un diagnostic rétrospectif. Une sciatique persistante remontant plus ou moins loin, plus tard un abcès lombo-fessier devront faire songer à une arthrite tuberculeuse sacro-iliaque.

CHAPITRE VI

Évolution et Pronostic

La tuberculose sacro-iliaque est une affection fort longue. Erichsen lui assigne une durée de plusieurs mois. On peut dire que la maladie ne dure jamais moins d'un an, et souvent elle se prolonge plusieurs années. Lannelongue a vu des sujets guérir après trois ou quatre années.

Le pronostic est beaucoup moins sombre pour les sacro-coxalgies partielles que pour celles qui s'accompagnent de suppurations interminables, avec des foyers d'ostéite. Sayre rapporte une série de dix-huit cas sur lesquels dix-sept ont guéri. Il faut croire que ce chirurgien américain a rencontré des cas particulièrement bénins.

Parfois la maladie semble guérir dans le cours de la première période. Tous les symptômes se calmant ou disparaissant on croit le mal terminé. Malheureusement ce résultat n'est pas le plus souvent définitif et il survient une récurrence. Boyer signale ces guérisons incomplètes ou seulement apparentes et les

réveils suivis d'une évolution plus rapide. On peut même voir des malades passer quatre ou cinq ans sans aucune manifestation pathologique, puis se présenter de nouveau avec une poussée d'ostéite ou un abcès froid.

Ne serait-il pas permis de penser que bien souvent les sacro-coxalgies observées plus fréquemment chez l'adulte que chez l'enfant sont d'anciens foyers éteints qui se réveillent par suite de circonstances prédisposantes. Les symptômes auxquels ils ont donné lieu alors sont passés inaperçus, ou bien ont été traités comme ceux d'une affection rhumatismale ou de croissance.

La guérison par ankylose doit être rare ; au point de vue du pronostic obstétrical, chez les petites filles, cela peut avoir une certaine importance. Simon Thomas de Leyde pense que dans le cas de rétrécissement du bassin, l'ankylose peut dépendre d'une affection de la sacro-iliaque. Il ajoute que la sacro-coxalgie a souvent une marche larvée et qui ne se révèle par aucun signe bien évident, surtout chez les enfants : que ce n'est qu'à l'âge adulte qu'apparaît la déviation qui attire l'attention sur les troubles antérieurs. L'auteur, à l'appui de ces vues théoriques, présente deux bassins d'enfant avec rétrécissements obliques :

Le premier est le bassin d'une fillette de dix ans. La symphyse sacro-iliaque ne présente plus de cartilage, ni sur le sacrum ni sur l'os iliaque. A ce niveau l'os iliaque est carié et offre une cavité où pénètre

l'aile du sacrum. Pas d'ostéophytes. L'aile droite du sacrum est plus petite que la gauche, surtout au niveau de la première vertèbre sacrée le bassin présente les déformations du bassin oblique.

Le deuxième bassin appartient au musée anatomique de Leyde. C'est celui d'un enfant de douze à treize ans. Outre les restes d'une coxalgie ancienne, ayant détruit l'articulation coxo-fémorale, il y a une ankylose encore incomplète de l'iléum gauche avec le sacrum. En avant la soudure osseuse est complète. Il existe un commencement de déviation du bassin.

Le pronostic doit être considéré comme grave surtout si l'affection se complique d'abcès. Elle marche alors vers les fongosités, les suppurations interminables, l'ostéite chronique. Le siège postérieur des abcès est plus favorable à la guérison spontanée ou déterminée par une opération chirurgicale, qui, dans l'espèce, est plus aisée, plus complète et par suite plus efficace.

Dans les formes graves l'appétit disparaît, l'amaigrissement s'accuse, la fièvre monte. Le malade s'éteint dans la cachexie. Il succombe émacié, en véritable tuberculeux, avec dégénérescence amyloïde du foie, du rein, stéatose du foie et mort. Ou bien l'abcès se fistulise, la poche s'infecte et la septicémie emporte rapidement le malade.

CHAPITRE VII

Diagnostic

Le diagnostic de tuberculose sacro-iliaque est obscur surtout à la première période, où l'on est exposé à méconnaître fréquemment l'affection. Il prête encore à confusion à une phase plus avancée, lorsqu'il y a complication d'abcès.

Au début la sacro-coxalgie affecte une ressemblance plus ou moins trompeuse avec les lésions tuberculeuses du sacrum et de l'os iliaque, siégeant dans le voisinage du sacrum.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel avec le lumbago qui se fait par la bilatéralité des douleurs, leur siège plus élevé, et non dans la région fessière : l'absence de tout symptôme du côté de la fesse, des exacerbations douloureuses par la pression et l'exploration. Il n'y a pas de claudication.

Les douleurs spontanées de la tuberculose sacro-iliaque ont souvent été prises pour une sciatique. Il ne faut pas oublier que celle-ci est surtout une

affection de l'adulte : ses points douloureux ne siègent pas au niveau même de la symphyse sacro-iliaque, mais plus bas et en dehors de la fesse, dans l'intervalle ischio-trochantérien ; il s'en trouve ordinairement sur le trajet des nerfs du membre inférieur. En réalité il s'agit bien d'une sciatique dans la sacro-coxalgie, mais d'une sciatique symptomatique.

La coxalgie est bien souvent confondue avec la tuberculose sacro-iliaque, faute d'une attention suffisante il faut bien le dire. On doit procéder à l'analyse détaillée des symptômes pour éviter l'erreur et se reconnaître. Les douleurs accusées par le malade, les troubles de la station debout et de la marche, bien qu'ayant les plus grandes analogies, présentent des caractères bien spéciaux. Nous ne reviendrons pas sur le phénomène de la « claudication salutante » que nous avons longuement décrit. Nous nous bornerons à rappeler qu'il peut manquer, voilé par les douleurs intenses de la névralgie sciatique, mais il apparaît après un repos prolongé.

Les douleurs provoquées à la pression, au-dessous de l'arcade de Fallope sur la tête du fémur, à la face interne de la cuisse, derrière l'extrémité supérieure du troisième adducteur, en arrière du grand trochanter, et quelquefois sur cette saillie même permettront de penser à une coxalgie. Dans l'affection sacro-iliaque, la douleur est localisée à la partie postérieure et supérieure de la fesse, sur l'interligne sacro-iliaque. La douleur provoquée par la compression transversale du bassin, par le rappro-

chement des os iliaques est le propre de la sacro-coxalgie. Le toucher rectal peut servir à distinguer les points douloureux internes, celui de la coxalgie sur la face interne de l'os iliaque au point correspondant au cotyle, celui de la sacro-coxalgie à la partie postérieure et latérale du bassin.

Dans la coxalgie les mouvements de la cuisse sont limités depuis l'extension et l'abduction jusqu'à la rotation en dehors. Les mêmes phénomènes peuvent s'observer dans la sacro-coxalgie, mais jamais les choses ne sont portées à un aussi haut degré et le plus souvent les mouvements sont libres dans la hanche.

L'attitude du membre est différente.

Dans l'affection de la hanche il y a flexion et abduction de la cuisse avec rotation en dehors et ensellure. Dans l'affection sacro-iliaque la cuisse est libre, le bassin incliné latéralement ; il peut y avoir des allongements ou des raccourcissements des membres, mais la mensuration montre qu'ils ne sont qu'apparents. L'emploi du chloroforme peut rendre service en permettant de reconnaître l'intégrité de l'articulation coxo-fémorale.

Avec le mal de Pott. — Les signes distinctifs avant la gibbosité sont les douleurs et surtout la raideur du rachis. Par les pressions méthodiques on constate que la région sacro-iliaque n'est pas sensible ; ce sont les apophyses épineuses qui le sont plus ou moins. Enfin on n'observe pas de boiterie unilatérale, mais plutôt de la faiblesse, de la parésie avec

des névralgies bilatérales, tandis que dans la tuberculose sacro-iliaque la névralgie est unilatérale.

D'ailleurs il y a souvent coexistence de mal de Pott et de tuberculose sacro-iliaque. Dans ces cas les signes des deux affections sont combinés, et on parvient aisément à déterminer l'étendue des lésions.

Avec l'ostéosarcome. — Lannelongue rapporte un exemple d'ostéosarcome du sacrum chez une petite fille de neuf ans. On avait confondu l'affection avec un abcès tuberculeux et l'on se proposait de l'inciser et d'en faire le grattage, lorsque l'examen histologique démontra la nature de la tumeur. Celle-ci datait de quatre mois, correspondant à l'articulation sacro-iliaque et soulevait la masse sacro-lombaire. Elle n'était pas fluctuante et s'accompagnait de douleurs très violentes revenant par accès qui duraient jusqu'à huit jours. La tumeur devint énorme et l'enfant succomba à une généralisation sarcomateuse. On comprend qu'au début cette affection puisse induire en erreur et fasse penser à la tuberculose, mais l'évolution est plus uniforme et plus rapide que l'affection tuberculeuse. Le repos n'amène aucun effet sur le sarcome. La tumeur forme des bosselures, douloureuses quelquefois, mais sans l'empâtement inflammatoire fréquent des abcès et sans la fluctuation caractéristiques. La tumeur néoplasique s'étend dans tous les sens à la fois et ne suit pas une direction déterminée.

Tuméfaction. Abcès. — Une lésion tuberculeuse du sacrum ou de la crête iliaque dans le voisinage

de la symphyse sacro-iliaque, cette articulation restant indemne, s'accuse par une douleur locale, par un empâtement limité, qui plus tard donnera lieu à une collection fluctuante, comme l'arthrite tuberculeuse. Ce n'est donc que par l'exploration méthodique de la région qu'on arrivera à éliminer l'articulation. Au surplus les troubles fonctionnels de l'arthrite, boiterie, douleurs augmentées par la station debout, déviation du membre feront défaut. Mais il reste à craindre que l'articulation ne soit envahie consécutivement et cela d'autant plus que le foyer osseux sera plus voisin.

- Lorsque l'abcès couvre la région articulaire, la difficulté du diagnostic est plus grande, parce qu'on ne peut explorer directement l'articulation, on aura recours au toucher rectal, aux pressions sur la crête iliaque dans le sens transverse à l'étude des troubles de la marche. Plus tard, après l'ouverture de la collection, le doigt ou le stylet arriveront sur un point limité de la surface osseuse, et non dans l'articulation.

A une période plus avancée de l'affection, lorsqu'il existe des fistules ouvertes à l'extérieur sur une des régions que nous avons indiquées, l'idée peut ne pas toujours venir à l'esprit d'en chercher l'origine dans cette articulation. Mais il suffit d'être prévenu et de diriger son attention du côté de la sacro-iliaque pour connaître les signes locaux propres à la tuberculose articulaire.

Nous ne parlerons pas de la blennorrhagie ; avant

la puberté l'arthrite sacro-iliaque ne doit pas exister. Quant aux arthrites purulentes qui se montrent après les fièvres éruptives, le diagnostic sera d'autant plus difficile que souvent ces maladies peuvent favoriser une poussée de tuberculose, chez les sujets qui portent en eux le germe tuberculeux, puisqu'ils se trouvent en état de moindre résistance.

CHAPITRE VIII

Traitement

Les principes généraux du traitement de la tuberculose sacro-iliaque sont les mêmes que pour la coxalgie et pour le mal de Pott.

Le traitement local doit être institué de bonne heure, attendu que la marche et les fatigues de toutes sortes aggravent considérablement les symptômes et hâtent la terminaison funeste. Erichsen recommande le décubitus sur le ventre. En réalité le malade prend dans le lit la position qui évite le mieux la douleur. Ce qui est essentiel c'est que le repos soit continu et qu'à aucun moment le malade n'y fasse infraction, pour se tenir dans la station verticale, à plus forte raison pour marcher. Le repos doit être prolongé fort longtemps, et si les symptômes s'améliorent au point de disparaître il ne faut pas se hâter de croire à une guérison complète et définitive. Il est essentiel de surveiller encore le sujet et de prescrire le repos aux moindres indices de rechute.

Les autres moyens locaux : les révulsions par les pointes de feu, les vésicatoires, l'iode, ont peu d'action.

On peut associer à l'immobilisation l'extension horizontale. Il ne faut pas en espérer les mêmes bénéfices que dans la coxalgie, étant donnée la disposition anatomique de l'articulation sacro-iliaque. On supprime cependant dans une certaine mesure la contracture musculaire, et par suite on obtient la sédation de la douleur. Jean Wood conseille l'extension des deux côtés; pour lui l'extension unilatérale est inutile et même nuisible.

Nous n'avons aucune expérience de l'immobilisation combinée à l'extension verticale dont Sayre admet les bons effets. Le malade peut quitter le lit, marcher, le membre sain muni d'une chaussure surélevée ; du côté malade, on place un poids au talon et à la semelle de la chaussure.

Les résultats se seraient montrés excellents grâce à la vie en plein air, aux distractions, etc.

Enfin, lorsque l'immobilisation n'a plus sa raison d'être, dans la phase de guérison, plusieurs auteurs se trouvent bien de se servir d'une ceinture pelvienne large, dans le but de soutenir et de fixer le bassin.

Pour réaliser une immobilisation vraiment efficace, comme l'enfant doit rester au repos, au lit et ne pas marcher, il vaut mieux appliquer un appareil plâtré. Nous avons vu que parfois l'articulation sacro-lombaire était prise en même temps que la symphyse

sacro-iliaque. Dans un cas de sacro-coxalgie compliquée de mal de Pott lombo-sacré, MM. Broca et Ducroquet ont moulé l'appareil plâtré exactement autour du bassin et des hanches, remontant jusqu'au bas du thorax, dont la partie supérieure peut rester en liberté. Il sera bon parfois de saisir en même temps le haut de la cuisse, mais il suffira le plus souvent de prendre appui sur le pubis. C'est un appareil à appliquer en position horizontale, au pelvi-support et non en suspension, comme un corset de Sayre, car ici le point important est le modelage des parties pelviennes. Cet appareillage, s'il ne survient pas d'abcès, sera prolongé au moins un an, deux ans s'il y a complication de mal de Pott. On ne permettra la marche avec l'appareil qu'au bout de six mois, si les choses s'arrangent vite et bien.

Période des abcès. — Si malgré ce traitement, il se développe des abcès, il convient de les traiter lorsqu'ils font saillie en arrière, aux lombes, à la fesse, à la cuisse.

Les abcès intra-pelviens de la fosse iliaque et du petit bassin sont peu accessibles, on ne peut le plus souvent atteindre la collection. On aura alors recours à la ponction et injection d'éther iodoformé, tout en n'oubliant pas qu'on laisse intact le foyer lui-même de la sécrétion, et que par conséquent on peut avoir des échecs. « En effet, dit M. Pierre Delbet, le pertuis qui fait communiquer l'abcès superficiel avec la cavité articulaire, au travers de tissus fibreux épais, est si étroit que le liquide injecté ne peut arriver dans le véritable foyer du mal. »

Si la peau rougit, s'amincit, l'abcès s'ouvre spontanément, ou bien le chirurgien l'incise, l'évacue, pénètre dans l'articulation et enlève à la curette les fongosités et les parties osseuses malades. On bourre de gaze cet espace mort et l'on fait un pansement aseptique. Les suites de cette intervention sont très variables. Souvent l'orifice se ferme, s'ouvre de nouveau et cela d'une façon intermittente. Finalement le trajet s'organise et la fistule devient définitive.

Lannelongue a plusieurs fois pénétré par une incision directe dans la cavité articulaire pour la nettoyer des séquestres, des portions osseuses granuleuses, des masses fongueuses qui sont le point de départ des abcès dirigés vers le bassin ou vers l'extérieur. Cette intervention doit être large, elle est d'autant plus utile qu'elle est complète. Le premier effet de ce traitement rationnel est de supprimer les trajets suppurants qui épuisent le malade. Sans obtenir la réunion par première intention de la plaie chirurgicale, on modifie du moins le plus souvent le foyer, de telle sorte que le travail de réparation ne tarde pas à se produire : la suppuration se trouvant diminuée, l'état général s'améliore. Malheureusement le traitement ne guérit pas toujours et dans un certain nombre de cas il persiste des fistules. L'affection se prolonge plus loin dans l'os iliaque, le sacrum, les sujets succombent dans la suite.

Lorsqu'il y a un trajet fistuleux, on profite de ce conduit pour gagner les parties dénudées. En même temps on le gratte, curettera avant d'aller plus

loin. S'il n'y a pas de trajet fistuleux et que l'intervention soit cependant nécessaire, on fait une incision de façon à arriver sur le premier abcès superficiel, dont on supprime la paroi postérieure si possible, après l'avoir évacué de son contenu. Puis l'on va à la découverte des foyers profonds. Des conduits fistuleux conduisent sur l'os, tantôt sur l'iléon, tantôt vers le sacrum ou encore vers les deux os. A la rugine, au ciseau, à la gouge on pénètre dans les diverticules anfractueux et multiples, et on attaque tout ce qui est malade. Faut-il aller, comme le veulent Beale et Delbet, jusqu'à la face antérieure du sacrum qui est bien souvent le point de départ de la maladie ?

Les observations, les autopsies que nous publions montrent la fréquence des lésions, des abcès de la face antérieure du sacrum. Mais bien souvent les tissus sont pris sur une grande étendue ; faut-il s'arrêter à une opération incomplète, ou au contraire aller jusqu'au bout comme l'a fait Tilling ? c'est affaire d'appréciation personnelle.

En réalité la gravité vient surtout dans ces grands délabrements des infections secondaires. Aussi y a-t-il grand avantage à ne pas attendre la phase de fistulisation pour intervenir.

Formes frustes. — Dans les formes atténuées, frustes, qui ne se traduisent guère que par une sciatique persistante et par conséquent suspecte, puis plus tard par un abcès fessier, nous ne croyons pas qu'il soit permis de suivre la pratique de Golding Bird

qui, se basant sur la localisation de la douleur, trépane l'os coxal pour explorer l'articulation. Dans ces formes, chez l'enfant, nous ne croyons pas qu'il soit permis d'opérer dès l'apparition de l'empâtement, que l'on ait des chances réelles d'obtenir un succès rapide en dépassant largement le mal. Car il ne faut pas oublier que chez l'enfant, beaucoup plus que chez l'adulte la tuberculose a une tendance très marquée à évoluer vers la guérison spontanée. L'immobilisation, le repos prolongé au lit, suffiront le plus souvent.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Lannelongue, 1888.)

Mal de Pott lombo-sacré.— Sacro-coxalgie droite. — Autopsie.

Garçon âgé de quatre ans entre le 18 novembre à Trousseau.

17 décembre. — Abscess qui fait saillie au niveau de la crête iliaque. Au fond de la cavité, le stylet sent l'os dénudé.

18 février. — Eschare au sacrum. L'enfant s'épuise peu à peu et meurt le 13 mai.

Autopsie. — Les corps des deux dernières vertèbres lombaires et des deux premières pièces du sacrum sont détruits superficiellement en avant. Poche purulente qui remonte jusqu'à la troisième vertèbre lombaire et descend à la partie moyenne du sacrum. De nombreux ganglions lymphatiques existent au devant de la poche.

L'articulation sacro-iliaque est détruite et pleine de fongosités. Il existe une poche purulente à son niveau, remplissant la fosse iliaque interne droite.

La colonne lombaire est déviée de haut en bas et de

gauche à droite. Le bassin est asymétrique oblique ovulaire, la moitié gauche de l'aire est plus grande que la moitié droite.

OBSERVATION II

(Lannelongue. — *In Tuberc. vert.*, 1888.)

Mal de Pott lombo-sacré. — Tuberculose sacrée et sacro-iliaque.

P. E..., six ans. Trousseau, août 1886.

Aucun antécédent tuberculeux dans la famille. L'enfant, bien portante jusqu'à quatre ans, commence à boiter de la jambe droite, en se plaignant de souffrir au niveau du genou. En même temps elle se met à tousser.

A cinq ans apparaît une saillie à la région sacrée puis un abcès à la partie latérale du sacrum.

On ponctionne l'abcès et l'on fait une injection d'éther iodoformé. Ouverture et grattage dans la suite.

Etat actuel. — Gibbosité commençant à la deuxième vertèbre lombaire jusqu'au sacrum, avec sommet à la base du sacrum.

De chaque côté de la ligne médiane existe un trajet fistuleux en relation avec les articulations sacro-iliaques. On ne trouve pas d'abcès dans la fosse iliaque.

Membre inférieur droit : L'enfant tient d'habitude la cuisse fléchie sur le ventre et la jambe sur la cuisse. Demi-contraction des muscles antérieurs de la cuisse. Ganglions volumineux dans l'aîne droite. Muscles de la cuisse amaigris mais non pas flasques.

Membre gauche : La cuisse et la jambe de ce côté sont fléchies.

Muscles légèrement contracturés, atrophie extrême.

Tuberculose pulmonaire. L'enfant succombe d'épuisement le 15 décembre.

Autopsie. — Ganglions tuberculeux, granulations sur les plèvres.

Squelette : Ulcération superficielle sur la partie latérale des quatrième et cinquième lombaires. Tissu mou, friable.

Le sacrum présente des altérations très marquées, multiples, il est rejeté en avant, luxé pour ainsi dire sur la partie antérieure du corps des quatrième et cinquième lombaires.

Articulations sacro-iliaques : La partie articulaire du sacrum du côté droit présente dans toute son étendue des séquestres durs criblés de trous. Du côté gauche les altérations articulaires sont superficielles. L'os iliaque est dénudé, recouvert de fongosités. En arrière au niveau de la jonction du sacrum avec la cinquième lombaire on trouve un petit séquestre entouré de fongosités.

OBSERVATION III

(Lannelongue. — *In Tub. vert.*, 1888.)

Mal de Pott lombaire. — Sacro-coxalgie. — Luxation spontanée latérale de la colonne lombaire sur le sacrum. — Trajets fistuleux multiples.

Autopsie. — Deux poumons infiltrés de tubercules.

Le cartilage de la sacro-vertébrale a disparu et des fongosités s'engagent dans le corps de la dernière vertèbre dénudée et ulcérée.

L'axe de la portion lombaire de la colonne se dirige de haut en bas et de droite à gauche ; le corps de la dernière vertèbre a en effet glissé sur le sacrum et repose par le bord de son extrémité sur l'articulation sacro-iliaque.

Des altérations osseuses siègent en outre sur les deux pièces du sacrum. L'articulation sacro-iliaque gauche est en partie détruite. Ostéite raréfiante fongueuse. Les lésions osseuses ont donné naissance à des trajets fistuleux qui s'ouvrent sur la peau en arrière par cinq ouvertures.

OBSERVATION IV

(Lannelongue. — *In* Mauclore, 1891. Thèse Paris).

Formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses

Enfant du sexe masculin, huit ans.

Etat actuel. — Affection datant d'un an environ. Abscess paraissant s'être développé récemment. Il dépend manifestement de l'articulation sacro-iliaque.

Première opération en juillet 1891. — Ponction de l'abcès. Lavage à l'eau stérilisée. Injection de chlorure de zinc. Induration très nette. L'abcès se reforme et augmente de volume.

Deuxième opération. — Incision de la poche, grattage. Guérison en novembre.

L'enfant meurt de diphtérie et à l'autopsie toute l'articulation est entourée de tissu fibreux très remarquable.

Il existait cependant encore un petit foyer tuberculeux en haut, mais il était complètement entouré de tissu sclérosé.

OBSERVATION V

(Communiquée par M. R. Dupont, interne
des hôpitaux.)

*Tuberculose sacro-iléo-vertébrale. — Absès ouvert
dans le rectum. — Autopsie.*

A... Jean, huit ans.

Antécédents héréditaires. — Le père a eu plusieurs hémoptysies. La mère est bien portante. Un frère de quatorze ans bien portant.

Antécédents personnels. — Né à terme. Marche vers quinze mois. Bronchites répétées. Epistaxis fréquentes. L'enfant a été déjà soigné pour une tumeur blanche du poignet gauche. M. Broca revoit le malade en décembre 1905 pour une flexion des deux cuisses, accompagnée d'une vive douleur dans la région lombo-iliaque, d'une claudication accentuée.

A l'entrée : enfant pâle, amaigri, il tousse continuellement. Les deux cuisses sont en flexion à angle aigu sur le bassin. Si l'on essaye d'étendre les cuisses, on arrache des cris au malade. L'abduction et l'adduction sont limitées et très douloureuses.

La colonne lombaire n'est pas douloureuse à la pression, et on n'y voit rien qui ressemble à une gibbosité. Il est impossible de dire si elle est ou non flexible, l'enfant souffrant trop dès que l'on cherche à le soulever par les jambes. La douleur maxima semble siéger dans la fosse iliaque droite.

Rien au toucher rectal.

Le 29, les membres sont en extension avec un cer-

tain degré de rotation interne. La fosse iliaque est moins douloureuse, mais la fosse lombaire est comblée : elle bombe un peu. La palpation est très douloureuse.

Le 30, l'enfant a brusquement six selles diarrhéiques, contenant du pus jaunâtre et très fétide.

Les selles purulentes continuent jusqu'au 7, l'état général n'est pas trop mauvais mais le gonflement de la fosse lombaire persiste, et M. Broca se décide à intervenir. Malgré l'évacuation du pus, les lavages à l'eau oxygénée, l'écoulement par l'anus persiste : au bas de la fesse droite apparaît un œdème mou, blanc, qui augmente, envahit la cuisse, descend jusqu'au creux poplité. La région lombaire reste toujours très douloureuse.

Le 22 avril, mort sans nouveaux symptômes.

Autopsie. — Deux cavernes au poumon ; ganglions médiastinaux infiltrés, purulents, caséux.

Dans la concavité du sacrum descend un abcès.

La crête iliaque est dénudée et baigne dans le pus. L'articulation sacro-iliaque est ouverte à sa partie inférieure, il s'en écoule un liquide noirâtre qui alimente le foyer de la fosse iliaque interne, fuse en bas puis en dedans, pour aller se continuer avec un autre foyer qui se trouve sur la partie latérale gauche du sacrum.

A la dissection on trouve une large caverne occupant la cinquième lombaire, la partie supérieure de la première pièce sacrée et le disque intermédiaire. L'abcès passe par le trou de conjugaison entre le sacrum et la dernière lombaire puis s'ouvre dans la cavité rétro-rectale. Les apophyses costiformes de 3 et 4 vertèbres lombaires sont dénudées, ulcérées, au contact du pus des abcès récurrents des psoas.

Dans l'articulation sacro-iliaque gauche la synoviale a disparu, les cartilages sont érodés, les ligaments

antérieurs sont en partie détruits, le pus a décollé le périoste.

Il existe dans la première pièce sacrée une caverne, qui s'ouvre dans l'articulation à sa partie postérieure. Dans la deuxième pièce sacrée une autre caverne. Dans l'articulation existe une grande cavité qui se prolonge en arrière et en bas vers le ligament sacro-sciatique.

La face antérieure du sacrum est complètement dénudée.

C'est donc une sacro-coxalgie survenue au cours d'un mal de Pott lombo-sacré. Ce qui fait surtout l'intérêt de cette observation c'est l'ouverture de l'abcès dans la cavité rectale.

OBSERVATION VI

(Sayre, traduction Naz, 1853.)

Jeune garçon de deux ans et demi.

Affection actuelle. — Apparition d'un abcès à la région lombaire quelque temps après une chute. Cet abcès est ouvert à deux reprises différentes par une incision valvulaire, sans résultat.

Des phénomènes hectiques apparaissent, et il est envoyé à la campagne. Il va de mal en pis, s'émacie. Il est opéré. Incision de 8 à 10 centimètres suivant le trajet inter-articulaire de la sacro-iliaque. Une grande quantité de pus est évacuée, ainsi que des débris de tissu conjonctif. L'articulation est dépouillée de sa couche cartilagineuse. On gratte toute la partie malade. Pansement quotidien à l'étaupe et au baume du Pérou. La plaie se cicatrise progressivement.

Guérison parfaite au bout de trois mois.

OBSERVATION VII

(Golding Bird, traduction Naz, 1880).

Jeune garçon.

Arthropathie sacro-iliaque très avancée avec fistules.

Première opération. — Trépanation de l'os coxal au niveau de l'articulation. Enlèvement des séquestres. Le malade est soulagé pour quelque temps.

Deuxième opération. — Un an plus tard, les symptômes précédents réapparaissent. L'articulation est ouverte et nettoyée.

Sortie en temps normal en bonne santé, avec une fistule.

Longtemps après la sortie du malade, on apprend qu'il va très bien.

OBSERVATION VIII

(Tilling, 1883. *In* Thèse Naz, Paris, 1895.)

Enfant de quatorze ans entre à l'hôpital le 8 janvier 1883.

Antécédents. — Bien portant jusqu'ici.

Affection actuelle. — Il y a quatre mois, il survient dans la fesse gauche une petite tuméfaction qui grandit rapidement et est maintenant un abcès considérable.

Les mouvements de la hanche sont normaux.

Opération le 9 janvier. — L'abcès incisé il s'en échappe du pus en quantité, qui provient de dessous les muscles fessiers et de la grande échancrure sciatique.

La tubérosité iliaque, le bord supérieur de la grande

échancrure sciatique et le bord du sacrum sont cariés.

La tubérosité iliaque est presque complètement abattue au ciseau, à tel point que la face auriculaire du sacrum se trouve découverte. Le bord du sacrum est réséqué. Dans la concavité du sacrum se trouve une cavité purulente qui se prolonge jusque vers la symphyse sacro-iliaque droite.

L'os iliaque est tout à fait mobile autour d'un axe passant par les deux symphyses, mais on ne peut les déplacer par en haut, parce qu'il est puissamment retenu par le ligament iléo-lombaire et par le sacro-iliaque antérieur.

Plusieurs gros drains sont mis dans le bassin. La plaie est irriguée, puis suturée. Le pus est d'apparence louable.

Mais il s'établit une suppuration abondante, prolongée, de la diarrhée de la fièvre et le malade succombe.

Autopsie. — Tuberculose des deux poumons. Carie de de la face antérieure du sacrum, des quatrième et cinquième vertèbres lombaires. La symphyse sacro-iliaque droite est intacte. La moitié gauche du sacrum est beaucoup plus petite que la droite, à cause de l'étendue de l'os réséqué.

OBSERVATION IX

(Traduction Naz. — Makins, 1820.)

Enfant du sexe masculin, trois ans, entre à l'hôpital le 24 avril 1890.

Antécédents héréditaires. — Bons.

Affection actuelle. — S'est toujours bien porté jusqu'à il y a dix mois, époque à laquelle il fut contusionné (on lui passa dessus, dit le texte).

Depuis ce temps l'enfant est faible et se plaint de douleurs dans le membre inférieur.

Apparition d'une tuméfaction au-dessus de l'articulation, il y a un mois. Jusqu'à son entrée il pouvait marcher le jour, mais la nuit il souffrait et ne pouvait pas dormir.

Examen. — Il existe au niveau de la partie supérieure de la sacro-iliaque un abcès étendu. Il n'y a aucun signe particulier de carie et les mouvements de la hanche sont libres. La tentative de rapprochement des iléons détermine de la douleur. Et celle-ci est encore plus marquée si on cherche à écarter l'une de l'autre les deux épines iliaques antéro-supérieures.

Diagnostic. — Arthrite tuberculeuse sacro-iliaque avec abcès postérieur.

Opération. — Le contenu de l'abcès est aspiré après l'entrée du malade.

Une semaine après, l'abcès largement incisé, l'articulation ouverte on évacue 30 grammes de pus. Le bout du petit doigt peut facilement pénétrer dans la fente articulaire. Les cavités osseuses et articulaires sont complètement grattées. Des séquestres, des débris de cartilages et de fongosités abondantes sont aussi enlevés. Plaie suturée et pansée au cyanure.

Suites immédiates. — Au septième jour la réunion était complète, les fils sont enlevés.

Suites éloignées. — Six semaines après sortie avec un long corset de Sayre. L'enfant fait un séjour de deux mois dans un hospice, mais rentre de nouveau car une fistule persiste.

Deuxième opération. — La fistule est grattée. Cicatrisation au bout de quinze jours et nouvelle sortie avec appareil plâtré. Pas de douleurs. L'enfant marche très bien.

La fistule se rouvre de nouveau quelques semaines après et reste telle pendant les deux mois qui suivent. On perd l'enfant de vue.

OBSERVATION X

(Makins, traduction Naz, 1891.)

Enfant du sexe masculin. Admis à l'hôpital le 7 avril 1891.

Antécédents familiaux. — Tuberculeux.

Antécédents personnels. — Souffre d'un mal de Pott cervical depuis dix-huit mois.

Affection actuelle. — Depuis plus de sept mois, on avait remarqué une tuméfaction de la région lombaire droite, mais l'enfant ne s'était pas plaint de souffrir avant la dernière quinzaine et depuis ce moment l'affection s'est accrue rapidement.

Il a pu tout le temps marcher et se tenir debout. Il dort bien.

Examen. — C'est un petit sujet d'apparence chétive, qui accuse des douleurs au niveau de la partie postérieure de la tête et des oreilles. Il tient la tête droite et la soutient souvent avec ses mains. Les mouvements modérés ou la pression de la tête causent peu de douleurs.

Il existe au niveau de la partie postérieure de la crête iliaque une tumeur fluctuante, de la grosseur d'un œuf de poule. Pas d'impulsion produite par la toux.

Les mouvements de la hanche ou du bassin ne causent aucune douleur.

Operation. — Ouverture de l'abcès par une incision verticale. Evacuation de 30 grammes de pus. On trouve

plusieurs séquestres libres correspondant à la partie postérieure de l'ischion. On les extrait ainsi que toute la portion d'os cariée et les fongosités caséeuses. Toute la partie malade est grattée, nettoyée et la plaie est fermée, pansée à la gaze et au cyanure de mercure.

Suites immédiates. — Quinze jours après cicatrisation complète et sortie avec un long corset en cuir, partant du bassin pour remonter aux épaules. Sa tête est également mécaniquement supportée.

Six semaines après il peut marcher et la cicatrice est parfaite et solide.

OBSERVATION XI

(Dubreuil. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 1888.)

Une jeune fille de onze ans.

Constataction d'une collection liquide immédiatement en dehors de l'articulation sacro-iliaque. Evacuation du pus à l'aide d'un aspirateur Potain. Il ne sortit rien, mais la canule était obstruée par un dépôt fibrineux.

Incision. Sortie de pus et gaz. Drain. Injection phéniquée.

Trois jours après la cavité de l'abcès contenait une quantité de gaz assez notable. Emphysème occupant la cuisse et la moitié supérieure de la jambe. Cet emphysème ne tarda pas à disparaître.

Nouvelle incision peu après au-dessus et en arrière du grand trochanter. Vives douleurs spontanées à la pression au niveau de cette apophyse. Le membre inférieur correspondant, qui jusque-là était à peu près étendu et reposait sur le plan du lit par sa face postérieure, s'est

porté dans la flexion. Adduction et rotation en dedans.

Empâtement dans la fosse iliaque externe empêchant l'exploration. La ligne de Nélaton Roser coupe le grand trochanter vers sa partie moyenne.

Aujourd'hui l'empâtement a diminué, et on constate la présence de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe.

Injection boriquée à 4 o/o dans les incisions. Suppuration tarie. La coxalgie, traitée par extension continue, a amélioré l'état de la sacro-iliaque.

Dubreuil ne doute pas que le travail pathologique qui a envahi la hanche ne soit une émanation de celui développé au niveau de l'articulation sacro-iliaque. Le pus parti de cette dernière est venu se mettre en rapport avec l'articulation coxo-fémorale et déterminer une arthrite purulente.

Demons a rapporté une observation analogue chez l'adulte et Lannelongue dit avoir observé un cas identique.

OBSERVATION XII

(Dubreuil. — *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier*, 1883.)

Jeune fille de onze ans.

N'a été vue que deux fois par Dubreuil. La première fois il la trouva couchée dans une position anormale. Décubitus antérieur. Grande peine pour la faire coucher sur le dos.

La région sacro-iliaque était le siège d'une très vive douleur, fluctuation profonde.

Ouverture de l'abcès. Injections antiseptiques. Un mois après l'enfant marche facilement.

Deux fistules laissent écouler fort peu de pus.

OBSERVATION XIII

(Charon. — *Chirurgie Infantile*, 1890.)

Enfant de sept ans.

Mort après une longue suppuration. On observe sur tout le pourtour de la symphyse sacro-iliaque des anfractuosités d'une coloration noirâtre. Au centre des cavernes, qui siégeaient au point d'union du sacrum et de l'os coxal, on rencontrait des esquilles dont les unes étaient encore adhérentes à l'os sous-jacent tandis que d'autres étaient détachées et baignaient dans le pus.

Du côté de la fosse iliaque interne, la couche osseuse la plus superficielle avait disparu dans l'étendue d'une pièce de 5 francs.

Plusieurs trajets fistuleux s'ouvraient sous le grand trochanter et avaient amené l'épuisement du malade, la dégénérescence amyloïde du foie, du rein, de la stéatose du foie et la mort.

OBSERVATION XIV

(Communiquée par M. Broca.)

Sacro-coxalgie gauche avec abcès lombaire

Ch. E..., huit ans, entre le 9 mars 1893.

■ *Antécédents héréditaires.* — Père, mère, sœurs assez bien portants.

Antécédents personnels. — Rien à relever.

Depuis un an souffre au niveau de la région sacro-iliaque.

L'abcès apparut il y a deux mois, maintenant il est gros comme un poing d'adulte. Saillant. Fluctuant.

Envoyé à Dax le 4 mai avec une fistule donnant très peu.

L'abcès a été opéré le 18 mars. Il a été fait un grattage jusqu'à l'os.

OBSERVATION XV

(Communiquée par M. Broca.)

Sacro-coxalgie

R. J..., dix ans, hôpital Trousseau.

Entré le 20 mars. Sorti le 24 juillet. Sacro-coxalgie avec abcès lombaire. On s'en est aperçu il y a deux mois. Traité à l'huile de foie de morue. L'abcès a beaucoup augmenté au début de mars.

Operation. — Grattage. Il persiste une fistule.

Exeat pour Berck.

Formes frustes

OBSERVATION XVI (inédite)

(Service de M. Broca)

M. D..., onze ans.

Antécédents héréditaires. — Pas de renseignements

sur la mère, père bien portant. On ne trouve pas de tuberculose dans la famille.

Antécédents personnels. — Pas de rougeole. Fièvre typhoïde à sept ans.

Histoire de la maladie. — 13 février 1906. — Il y a quatre semaines l'enfant reçut d'un de ses camarades un coup de pied très intense sur la fesse droite. Ce n'est que cinq jours après que l'enfant, qui pendant ce court laps de temps continuait à aller à l'école et à jouer, éprouva de la douleur à son lever ; il ne pouvait plus marcher.

Après quelques jours de repos, il veut reprendre ses occupations, mais la marche est très douloureuse. Il entre alors à l'hôpital des Enfants-Malades, y reste cinq jours et sort. Après une huitaine, comme ça n'allait pas mieux il retourne à l'hôpital.

Etat actuel. — La cuisse droite est en légère flexion, rotation externe et adduction. Cuisse droite amaigrie.

Les mouvements de la hanche droite ne sont pas très douloureux, pas limités. Pas de douleur à la pression de la tête fémorale en avant et en arrière.

La colonne vertébrale est souple et ne présente aucun signe de mal de Pott.

Le malade debout se porte sur le pied gauche. Saillie de la hanche droite. Incurvation à gauche du tronc.

La marche est extrêmement douloureuse, presque impossible. Le malade refuse de faire plus de quelques pas. Il hésite pour porter un pied devant l'autre, et tient son dos voûté. On ne remarque ni boiterie, ni salutation.

Les mouvements de gauche sont normaux, mais douleurs à droite dans la région trochantérienne.

Malade couché à gauche comme à droite, sans attitude spéciale. Néanmoins il se tient de préférence couché sur le ventre.

Signe des apophyses épineuses sacrées normales, avec peut-être une légère exagération de la convexité au niveau de la sacro-iliaque. Douleurs très vives à la partie inférieure de l'interligne sacro-iliaque.

Douleur en rapprochant les deux épines iliaques.

Point trochantérien normal. Signe de Lasègue.

Rien au toucher rectal.

Quelques ganglions dans la fosse iliaque.

20 mars. — L'enfant ne souffre plus à la pression droite, mais il éprouve une vive douleur par le rapprochement des deux épines iliaques. Il est continuellement couché sur le ventre.

Démarche à peu près la même, très douloureuse, impossible.

1^{er} avril. — Quand on surprend l'enfant on le trouve toujours couché sur le ventre. Mais l'état local est bien meilleur. Le signe de Lasègue n'existe plus. Le membre droit est en position normale : ni flexion, ni adduction, ni rotation externe. Le jeu de l'articulation coxo-fémorale est normal et on peut, la jambe étant fléchie, mettre la cuisse droite au contact du plan du lit. Le même mouvement peut être exécuté séparément à gauche ; mais il est impossible de l'obtenir simultanément des deux côtés.

Atrophie très marquée du quadriceps.

La douleur à la pression n'existe plus, mais le rapprochement des épines iliaques est douloureux si la pression est forte et brusque.

Marche possible pendant un court laps de temps. L'enfant tombe en marchant sur le côté sain.

24 avril 1906. — Plus de douleurs au rapprochement des épines iliaques.

Abduction forcée ne révèle plus de douleurs.

La marche est aujourd'hui dandinante, salutante. Le

corps de l'enfant s'abaisse du côté droit, lorsque ce membre s'appuie sur le plancher.

Cependant un progrès considérable a été obtenu, la marche n'est plus fatigante. Elle est possible pendant toute la journée.

Il se tient toujours un peu voûté, la colonne vertébrale est cependant souple, sans raideur. Il boite mais il pose nettement les pieds par terre. La démarche hésitante des premiers jours a complètement disparu.

Le malade sort à peu près guéri et reste à surveiller.

Donc sacro-coxalgie, avec phénomènes de névralgies sciatiques prédominants.

OBSERVATION XVII (inédite)

(Communiquée par M. Rieffel.)

D... Louis, onze ans.

Août 1905. — Sacro-coxalgie gauche.

Douleur à la pression tendant à rapprocher les deux os iliaques.

Douleur à la pression au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche. Infiltration de la fosse iliaque. Articulation coxo-fémorale gauche tout à fait indemne. Mouvements complètement libres et non douloureux. Corset plâtré.

Revu, mars 1906. Ne boitant pas, marchant bien, mais observant du repos de temps à autre. Il va à l'école et ne fatigue pas trop.

Il n'y a pas d'abcès.

On fait un second plâtre.

OBSERVATION XVIII

(Communiquée par M. Broca.)

Sacro-coxalgie gauche. — Mal de Pott lombaire inférieur.

S... Fernande, cinq ans.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère morte de tuberculose. Deux sœurs, un frère bien portants.

Antécédents personnels. — Naissance à terme. Nourrie au sein par la mère. A marché à quinze mois. Rougeole à six mois. Bronchite à deux ans.

Vers le commencement d'octobre on s'aperçoit que l'enfant tenait son tronc raide et s'abaissait lentement avec précaution. Elle ne boitait pas et n'éprouvait aucune douleur.

Depuis huit jours, l'enfant se plaint de douleurs dans la partie supérieure de son membre inférieur gauche au moment de la marche. Douleur qui n'existe pas au repos.

L'enfant boite.

Depuis deux jours, douleurs nocturnes à la partie supérieure du membre gauche. Elle entre à l'hôpital le 1^{er} décembre 1903 avec le diagnostic de coxalgie.

Pendant la station debout, l'enfant appuie également sur les deux jambes, elle peut même et sans difficulté porter le poids du corps sur le membre inférieur gauche.

Marche, claudication accusée du côté gauche, rappelant un peu la claudication de la luxation congénitale. Ne ressemblant pas en tous cas à celle de la coxalgie.

Quand le pied gauche est porté en avant, le tronc se porte également en avant. Quand le pied gauche appuie sur le sol, la fesse correspondante est saillante et le tronc rejeté en arrière, la malade ébauche ainsi des mouvements de salutations.

Couchée sur le dos, l'articulation de la hanche est libre à gauche comme à droite. Les mouvements d'abduction et de flexion sont aussi étendus. Pas de douleurs spontanées ou provoquées. Couchée sur le ventre, douleur à la pression de l'interligne sacro-iliaque gauche. Rien à droite.

Atrophie musculaire à gauche. Pas d'abcès dans la fosse iliaque. Au point douloureux, il n'y a pas de fongosités, ni d'empâtement.

Toucher rectal ; Douleur au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche. Mal de Pott inférieur, très minime à côté de la lésion sacro-iliaque.

10 décembre. — Appareil plâtré prenant le bassin. Envoyé à Berek.

OBSERVATION XIX

(Charon. — *Leçons de Chirurgie infantile*, 1890).

Enfant du sexe masculin, neuf ans. Sacro-coxalgie gauche. Début quatre mois auparavant.

Le malade se plaint de vives douleurs dans le genou gauche. On voit que dans la marche le membre droit, plus allongé que le gauche, est porté à chaque pas en avant, en décrivant un arc de cercle ; il fauche. Néanmoins le pied de la jambe la plus courte appuie chez lui de toute la surface plantaire sur le sol.

Le membre gauche malade semble plus court que le droit de 3 centimètres, il est légèrement fléchi sur le

bassin. On note de l'ensellure dans la position allongée.

L'articulation coxo-fémorale est libre dans tous les mouvements. La flexion, l'abduction, l'adduction ne donnent lieu qu'à une très légère contracture, n'occasionnent aucune douleur à l'enfant. Pendant ces manœuvres on ne perçoit aucun frottement anormal, aucun craquement, même après chloroformisation.

Les muscles de la région fémorale et tibiale sont atrophiés. Les muscles fessiers sont un peu tuméfiés, relâchés du côté gauche.

Sur la fesse gauche se voit une tuméfaction allongée, dessinant l'interligne articulaire de la sacro-iliaque. La partie saillante est douloureuse à la pression. En rapprochant fortement les épines iliaques supérieures et antérieures la pression des os coxaux contre le sacrum produit également une violente douleur, rapportée au niveau de la symphyse malade.

C'est donc une sacro-coxalgie avec symptômes communs à la coxalgie : douleur dans le genou, atrophie du membre, contractures musculaires, certain degré de flexion abduction et raccourcissement.

OBSERVATION XX (inédite)

(Communiquée par M. Broca).

L. R..., quinze ans. Sacro-coxalgie gauche.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant Mère nerveuse.

Antécédents personnels. — Rougeole à sept ans. Souvent malade. Depuis dix-huit mois se plaint de douleurs dans la fesse gauche et boite un peu. Douleurs vives surtout après une marche prolongée, quelquefois nocturnes.

Depuis trois semaines à la suite d'une chute, suivie de perte de connaissance, il souffre davantage. La fesse commence à enfler. Depuis il y a impotence fonctionnelle.

Etat actuel. — Contracture des muscles de la cuisse. Claudication. Muscles de l'articulation coxo-fémorale libres. A la pression, douleur au niveau de la sacro-iliaque gauche. Commencement d'abcès froid. Mais fluctuation à peine perceptible.

Revu un mois après, la tuméfaction de la fesse n'a pas augmentée. La coxo-fémorale est libre. Pas de douleurs spontanées. Douleurs pendant la marche.

CONCLUSIONS

I. — L'arthrite tuberculeuse sacro-iliaque ou sacro-coxalgie, est très rare chez l'enfant.

Cela tient surtout à ce fait anatomique : que les points épiphysaires marginaux sacrés et iliaques n'apparaissent qu'à partir de l'âge de seize ans ; les agents infectieux se localisant de préférence dans les points où l'ossification est la plus active, c'est-à-dire ceux de la cavité cotyloïde.

Le traumatisme, comme dans toutes les autres tuberculoses ostéo-articulaires, paraît avoir une influence secondaire.

La tuberculose sacro-iliaque est le plus souvent secondaire à un mal de Pott lombo-sacré.

II. — Les lésions anatomo-pathologiques sont banales. L'appareil ligamenteux n'est jamais complètement détruit.

Les fongosités par suite de la difficulté qu'elles rencontrent à pénétrer dans cette articulation très serrée sont périarticulaires.

Les abcès sont postérieurs ou antérieurs. Ils offrent une grande ressemblance avec ceux du mal de Pott. Ils sont parfois récurrents.

Les abcès antérieurs peuvent envahir le tissu cellulaire qui entoure le rectum et s'ouvrir dans la cavité rectale.

Dans les formes partielles on observe rarement des ostéophytes, de l'hypérostose périphérique. Il y a simplement ankylose, soudure des deux os. Le bassin présente les déformations du bassin oblique.

III. — Deux formes cliniques :

1° Typique :

α) Secondaire à un mal de Pott ;

β) Primitive. Avec comme symptômes des douleurs, de la contracture, une claudication tout à fait particulière, propre à la sacro-coxalgie et que M. Broca appelle « claudication salutante », des attitudes vicieuses, du raccourcissement apparent des membres inférieurs, des abcès, etc.

2° Forme fruste : Sciatique persistante, rebelle, symptomatique, de même ordre que les pseudo-névralgies du mal de Pott. Sciatique suivie à longue échéance d'abcès lombo-fessier, qui permet de faire un diagnostic rétrospectif, alors que les douleurs, la claudication, l'impotence ont disparu.

IV. — La tuberculose sacro-iliaque est une affection fort longue.

Le pronostic est beaucoup moins sombre pour les sacro-coxalgies atténuées, sauf celles qui coexistent avec le mal de Pott lombo-sacré.

La guérison par ankylose est rare, elle donne lieu à des rétrécissements du bassin, à la déformation dite oblique ovulaire de Nœgelé.

V. — Le diagnostic est obscur à la première période, tant qu'il n'existe pas de douleurs. C'est surtout avec le mal de Pott et la coxalgie qu'il importe de faire le diagnostic, qui est parfois difficile à établir.

Avec l'ostéo-sarcome, le diagnostic ne pourra se faire que par l'évolution rapide et la généralisation.

VI. — Le traitement consiste dans l'immobilisation dans le décubitus dorsal très prolongée.

L'application d'un corset plâtré est très efficace.

L'extension continue n'a pas grande valeur.

Les abcès seront évacués, incisés, curettés, les séquestres et les parties malades enlevés. On devra intervenir avant la fistulisation.

Dans les formes frustes chez l'enfant, il n'est pas nécessaire d'intervenir prématurément, les lésions tuberculeuses légères ayant une tendance très marquée à évoluer vers la guérison spontanée.

Vu : le Président de la thèse,

SEGOND

Vu le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BIRD. — Sacro-iliac, disease. Austral-Journal, Melbourne, 1887.
- BOUNAIX. — Contribution à l'étude de la sacro-coxalgie. Thèse, Paris, 1874.
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales, 1814.
- BROCA. — Chirurgie infantile, t. II, 1904.
— Traité des maladies de l'enfance, t. V, 1905.
- CHARON. — Chirurgie infantile. Paris, 1891.
- DELBET. — Presse médicale, août 1894.
— Bulletin de la Société Anatomique, février 1892.
- DELENS. — Thèse d'agrégation, 1872.
- DEMONS. — Journal de médecine de Bordeaux, février 1879.
- DURBEUIL. — Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier, 1888.
- DULLAY. — Progrès médical, 1876.
- ERICHSEN. — Lancet, London, 1859.
- GOUILLOUD. — Des ostéites du bassin. Thèse de Lyon, 1883.
- HATTUTE. — L'arthropathie sacro-iliaque. Thèse, Paris, 1852.
- HEATH. — British med. Journal. 1876.
- LANNELONGUE. — Tuberculose vertébrale, 1888.
- LARREY. — De la sacro-coxalgie en Clinique chirurgicale, III, 1829.
- LAUGIER. — Tumeur blanche des articulations du bassin, t. V. Paris, 1833.
- MAKINS. — Lancet. London, I, 1893.
- MAUGLAIRE. — Formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses. Thèse, Paris, 1891.
- OLLIER. — In Gouilloud. Thèse de Lyon.
- PÉAN. — Tumeurs de l'abdomen et du bassin, t. II, 1885.

PROVENDIER. — De l'intervention chirurgicale dans la sacro-coxalgie. Thèse, Paris, 1887-1888.

SAYRE. — Orthopédie surgery and disease of joints. London, 1879.

— Medic. Record. New-York, 1879.

TILLING. — Medicinische Wochenschrift de Saint-Pétersbourg, 1883.

TESTUT. — Traité d'Anatomie, t. I et II.

VAN HOOK. — Annals of Surgery. Saint-Louis, 1888.

— Journal of american, 1888.

WALTER. — Article Sacro-coxalgie. Traité de chirurgie Duplay-Reclus, VII.